Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe

Aktenzeichen	Geburtsdatum
Bedienstete/r bzw. Versorgungsempfänger/in	
Name	Vorname

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Wichtiger Hinweis:
Wenn Sie einen Abschlag für eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme wünschen, fügen sie bitte den für den Behandlungszeitraum maßgebenden Pflegekostentarif bei. Sie erhalten diese Unterlagen beim Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung.

1. Person, für die der Abschlag gezahlt werden soll

Name, Vorname, Geburtsdatum

2. Ergänzende Angaben

a) Der Abschlag wird für eine Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation oder eine sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahme benötigt

Name und Anschrift des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung		
Tag der Aufnahme	Voraussichtliche Verweil-/Behandlungsdauer	Zu leistende Vorauszahlung -EUR-
Basis-/Abteilungspflegesatz -EUR-	Fallpauschale/Sonderentgelt –EUR-	Zuschlag 2-Bettzimmer –EUR-

b) Der Abschlag ist aus sonstigem Grund erforderlich

Grund	Zu leistende Vorauszahlung –EUR-

3. Zahlungsweg

Ich bitte um Überweisung an ☐ **mich** ☐ **das Krankenhaus oder die Rehabilitationseinrichtung**

IBAN DE	**bei Geldinstitut**
Verwendungszweck (z.B. Patienten- oder Aufnahme-Nr., bei Überweisung an die Einrichtung)	

Wichtige Hinweise:
Wenn eine Abschlagszahlung an ein Krankenhaus oder an eine Rehabilitationseinrichtung erfolgen soll, sind die Angaben zu Nr. 2 a und 3 unten zu bestätigen. Für einen Abschlag aus sonstigen Gründen fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bei.

Erklärung:
Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

Erklärung des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung:
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Nr. 2 a und 3 werden hiermit bescheinigt.

Stempel des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung, Datum, Unterschrift